



Здоров'я нації — добробут держави

ISSN 2412-4451

Здоров'я України[®]

М Е Д И Ч Н А Г А З Е Т А

№ 1 (470) січень 2020 р.
Передплатний індекс 35272

www.health-ua.com



Доктор медичних наук, професор
Микола Хайтович

Імуномодуюча та протизапальна
дія пробіотиків: клінічне значення



Доктор медичних наук, професор
Валентина Чоп'як

Інновації в алергології
та імунології: різдвяні читання
у Львові



Кандидат медичних наук
Олег Швець

Використання дієтичних добавок
у практиці лікаря

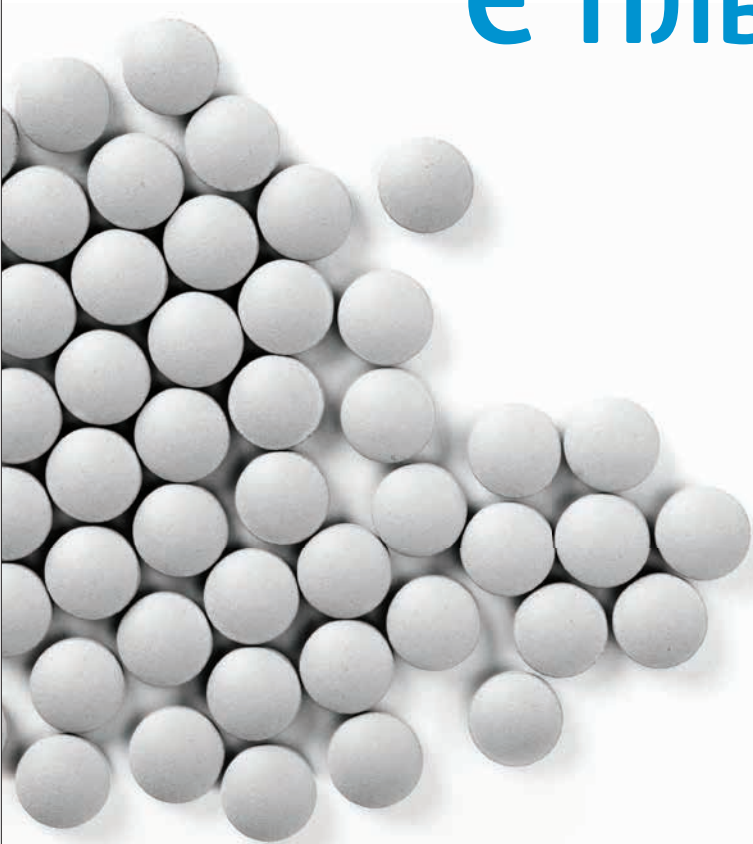


Читайте в рубриці **Гастроентерологія**
на сторінці **22**

Читайте на сторінці **36**

Читайте на сторінці **9**

Є тільки одна Віагра,[®] і це Віагра[®] Pfizer



Зустрічайте НОВУ упаковку



ВІАГРА® (силденафіл), таблетки вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг — 1 або 4 таблетки в упаковці; 100 мг — 1, 2, 4, 8 таблеток в упаковці.

Коротка інструкція для медичного застосування препарату.

Показання. Препарат Віагра® рекомендується застосовувати чоловікам із еректильною дисфункцією, яка визначається як нездатність досягти або підтримати ерекцію статевого члена, необхідну для успішного статевого акту. Для ефективної дії препарату Віагра® потрібне сексуальне збудження. **Спосіб застосування та дози.** Рекомендована доза препарату Віагра® становить 50 мг та застосовується у разі необхідності приблизно за годину до сексуальної активності. Залежно від ефективності та переносимості препарату дозу можна збільшити до 100 мг або знизити до 25 мг у таблетках. Максимальна рекомендована доза становить 100 мг. Частота застосування максимальної рекомендованої дози препарату становить 1 раз на добу. Більш детально — див. інструкцію. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активної речовини або будь-якої з допоміжних речовин препарату. Одночасне застосування із донорами оксиду азоту (такими як амілінітри) або нітратами у будь-якій формі протипоказане, оскільки відомо, що силденафіл має вплив на шляхи метаболізму оксиду азоту/циклічного гуанозинмонофосфату (цГМФ) та потенціює гіпотензивний ефект нітратів. Одночасне застосування інгібіторів ФДЕ5 (у тому числі силденафілу) зі стимуляторами гуанілатциклази, такими як ріоцигуат, протипоказане, оскільки може призвести до симптоматичної гіпотензії. Стани, при яких не рекомендована сексуальна активність (наприклад, тяжкі серцево-судинні розлади, такі як нестабільна стенокардія або серцева недостатність тяжкого ступеня). Втрата зору на одне око внаслідок неартеріальної передньої ішемічної невротії зорового нерва незалежно від того, пов'язана ця патологія із попереднім застосуванням інгібіторів ФДЕ5 чи ні. Наявність таких захворювань, як порушення функції печінки тяжкого ступеня, артеріальна гіпотензія (артеріальний тиск нижче 90/50 мм рт. ст.), нещодавно перенесений інсульт або інфаркт міокарда та відомі спадкові дегенеративні захворювання сітківки, такі як пігментний ретиніт (невелика кількість таких пацієнтів має генетичні розлади фосфодіестераз сітківки), оскільки безпека силденафілу не досліджувалася у таких підгрупах пацієнтів. **Побічні реакції.** Найчастіше повідомлялося про такі побічні реакції, як головний біль, приливи крові до обличчя, диспепсія, закладеність носа, запаморочення, нудота, приливи жару, порушення зору, порушення сприйняття кольору та затьмарення зору. Більш детально — див. інструкцію. **Особливості застосування.** Оскільки сексуальна активність супроводжується певним ризиком з боку серця, до початку

будь-якого лікування еректильної дисфункції лікар має оцінити стан серцево-судинної системи пацієнта. Засоби для лікування еректильної дисфункції, у тому числі й силденафіл, слід призначати з обережністю пацієнтам із анатомічними деформаціями пеніса (такими як ангуляція, кавернозний фіброз або хвороба Пейроні), або пацієнтам зі станами, що сприяють розвитку пріапізму. Більш детально — див. інструкцію. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами.** При дослідженні in vitro силденафіл — слабкий інгібітор ізоформ цитохрому Р450. Дослідження in vivo: силденафіл має вплив на метаболізм оксиду азоту/циклічного гуанозинмонофосфату (цГМФ), було встановлено, що цей препарат потенціює гіпотензивну дію нітратів, тому його одночасне застосування з донорами оксиду азоту або з нітратами в будь-якій формі протипоказане. Більш детально — див. інструкцію. **Фармакологічні властивості.** Силденафіл є потужним та селективним інгібітором цГМФ-специфічної фосфодіестерази 5 (ФДЕ5) у кавернозних тілах, де ФДЕ5 відповідає за розпад цГМФ. Більш детально — див. інструкцію. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Перед використанням препарату необхідно ознайомитись з інструкцією для медичного застосування та проконсультуватись з лікарем.

Інформація для лікарів і фармацевтів. Призначено для розповсюдження на семінарах, симпозіумах, конференціях з медичної тематики.

Реєстраційні посвідчення № UA/0313/01/02 та UA/0313/01/03 від 26.02.2018.

За додатковою інформацією звертайтеся до:
Представництва «Пфайзер Експорт Бі. Ві.» в Україні:
03038, м. Київ, вул. Амосова, 12.
Бізнес-центр «Горизонт парк», тел.: (044) 391-60-50.

PP-VIA-UKR-0010

Таблетки Віагри, вкриті плівковою оболонкою блакитного кольору, у формі діаманту, із заокругленими краями, з тисненням «Pfizer». Таблетку зображено не в натуральний розмір. Всі інші таблетки зображено лише з ілюстративною метою.

Дислипидемии при неалкогольной жировой болезни печени: что нового в Рекомендациях Европейского кардиологического общества и Европейского общества атеросклероза (2019)

Авторы: заведующий кафедрой терапии, кардиологии и семейной медицины ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» (г. Днепр), доктор медицинских наук, профессор В.А. Потабашний

13-14 ноября 2019 года в Днепре состоялась научно-практическая конференция «Полиморбидная патология органов пищеварения в практике семейного врача». Научная программа мероприятия охватывала вопросы сочетанных патологических состояний пищеварительной системы, в том числе особенности их клинических проявлений, диагностики, лечения и профилактики. В рамках конференции были проведены пять пленарных заседаний и два сателлитных симпозиума, посвященных тематическим международным рекомендациям и современным технологиям абдоминальной хирургии, эндоскопии и малоинвазивных эндоскопических вмешательств, а кроме того секция постерных докладов.

Дислипидемии при неалкогольной жировой болезни печени: что нового в Рекомендациях Европейского кардиологического общества и Европейского общества атеросклероза (2019)

13-14 ноября 2019 года в Днепре состоялась научно-практическая конференция «Полиморбидная патология органов пищеварения в практике семейного врача». Научная программа мероприятия охватывала вопросы сочетанных патологических состояний пищеварительной системы, в том числе особенности их клинических проявлений, диагностики, лечения и профилактики. В рамках конференции были проведены пять пленарных заседаний и два сателлитных симпозиума, посвященных тематическим международным рекомендациям и современным технологиям абдоминальной хирургии, эндоскопии и малоинвазивных эндоскопических вмешательств, а кроме того секция постерных докладов.



Заведующий кафедрой терапии, кардиологии и семейной медицины ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» (г. Днепр), доктор медицинских наук, профессор Валерий

Аркадьевич Потабашний акцентировал внимание участников на вопросе дислипидемий при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

В данном материале доклад профессора Потабашного представлен в форме «вопрос – ответ».

? На что необходимо обратить внимание при диагностике НАЖБП?

– В первую очередь следует оценить стадию НАЖБП (стеатоз, стеатогепатит, цирроз), а также общий сердечно-сосудистый риск. Именно на основе этих факторов формируются рекомендации относительно модификации образа жизни, фармакотерапии, снижения риска инфаркта миокарда и инсульта,



в том числе коррекции дислипидемии, контроля артериального давления и предупреждения развития сахарного диабета (СД) 2 типа.

? Существуют ли какие-либо гендерные особенности сердечно-сосудистого риска при НАЖБП?

– Общий сердечно-сосудистый риск у женщин с НАЖБП обычно недооценивается. Женщины с подобным заболеванием теряют свойственную им защиту от сердечно-сосудистых катастроф, вследствие чего угроза инфаркта миокарда, инсульта, а также смерти у женщин больше, чем у мужчин. В силу этого существующие калькуляторы риска занижают уровень угрозы сердечно-сосудистых катастроф у пациентов с НАЖБП, в частности у женщин. До тех пор пока не разработана более точная система оценки риска, наличие НАЖБП должно рассматриваться как «красный флажок» независимо от рассчитанного риска пациента.

? Какие факторы, помимо наличия НАЖБП, могут модифицировать риск, рассчитанный при помощи шкалы SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation; шкала оценки риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений на протяжении последующих 10 лет жизни)?

– К таким факторам относятся: социальная депривация; ожирение и центральное ожирение (определенные с помощью расчета индекса массы тела и измерения окружности талии соответственно); низкая физическая активность; психосоциальный стресс, истощение; семейный анамнез преждевременного развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), то есть у мужчин – до 55, у женщин – до 60 лет; хронические иммуноопосредованные воспалительные заболевания; тяжелые психиатрические заболевания; лечение ВИЧ-инфекции; фибрилляция предсердий; гипертрофия левого желудочка; хронические заболевания почек; обструктивное апноэ сна.

? Что связывает между собой НАЖБП и ССЗ?

– В первую очередь то, что у этих патологических состояний совпадает спектр факторов риска, из них ведущим является дислипидемия. Современная концепция сердечно-сосудистого континуума свидетельствует, что атерогенная дислипидемия – одна из главных подоплек атеросклеротических ССЗ у пациентов

с абдоминальным ожирением, инсулино-резистентностью, нарушениями толерантности к глюкозе и СД 2 типа.

? Каковы современные рекомендации относительно оценки риска атеросклеротических ССЗ визуализационными методами?

– Для этого проводится ультразвуковое обследование каротидных и/или феморальных артерий с выявлением атеросклеротических бляшек как модификатора риска у пациентов низкого или умеренного сердечно-сосудистого риска. Также возможно проведение компьютерной томографии сердца с оценкой кальцификации коронарных артерий по кальциевой шкале как модификатора риска у бессимптомных пациентов низкого или среднего риска.

? Какие целевые значения показателей липидограммы установлены последними рекомендациями?

– Эти значения зависят от рассчитанного общего сердечно-сосудистого риска. Так, целевой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) у пациентов низкого риска составляет 3,0 ммоль/л, умеренного – 2,6 ммоль/л, высокого – 1,8 ммоль/л, очень высокого – 1,4 ммоль/л.

? Имеются ли указания относительно фармакологического лечения дислипидемий?

– Согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза (2019) для достижения соответствующих риску целевых значений ХС ЛПНП следует назначать статины в максимально переносимых дозах. В случае неэффективности высокоинтенсивную статинотерапию дополняют эзетимибом. Следующим шагом будет добавление к указанному лечению ингибиторов пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (ИПКСК9 в англоязычной версии PCSK9I). Если пациент плохо переносит статинотерапию, ему назначают эзетимиб, при отсутствии ответа – в сочетании с ИПКСК9. Препаратами первой линии для снижения сердечно-сосудистого риска у пациентов с гипертриглицеридемией также являются статины. У больных с нормальным уровнем ХС ЛПНП и гипертриглицеридемией для первичной профилактики сердечно-сосудистых катастроф применяется фенофибрат или безафибрат

www.boviosfarm.com.ua

Альфаполистатин®

Для підтримки здоров'я серця та судин

Нормалізує:

- ♥ функції серцево-судинної системи¹
- ♥ рівень холестерину¹
- ♥ артеріальний тиск¹

Склад:
 Полікозанол - 10 мг; • Екстракт люцерни - 250 мг • Коензим Q10 - 60 мг

- ♥ Підтримує кровопостачання міокарда, запобігаючи ішемії^{6,8}
- ♥ Сприяє нормальному обміну холестерину, блокуючи його утворення⁶
- ♥ Підвищує толерантність до фізичного навантаження⁴
- ♥ Підтримує цільовий рівень артеріального тиску при артеріальній гіпертензії⁷
- ♥ Сприяє зменшенню побічних ефектів статинів⁹
- ♥ Покращує функціональний клас при серцевій недостатності⁴

Спосіб застосування: дорослим по 4 капсули 2 рази на день під час їди. Рекомендований курс прийому: 2-4 місяці. В подальшому курс прийому узгоджувати з лікарем. Протипоказання: індивідуальна непереносимість компонентів, діти, період вагітності та період лактації. Застереження щодо застосування: не перевищувати рекомендовану дозову дозу, не слід використовувати як заміну повноцінного раціону харчування. Додаток дієтична на основі рослинної сировини. Без ГМО. ТУ У 40.8-40947426-001:2017 Не є лікарським засобом. Перед застосуванням обов'язково консультатія лікаря. Умови зберігання: зберігати в оригінальній упаківці в сухому, захищеному від світла і недоступному для дітей місці за температури від 4 °C до 25 °C. На замовлення: ТОВ «Бовіос Фарм», Україна, 02225, м.Київ, просп. Володимира Мавровського, буд. 24, кв.106, тел. +38 (063) 837 46 77

1. Zitano TU Y 10.8-40917125-001:2017 Зінка 1.2. Efficacy and safety of sargacene policosanol on dyslipidemia: A meta-analysis of randomized controlled trials. Gong J1, Qin X1, Yuan F1, Hu M1, Chen G2, Fang K2, Wang D2, Jiang S2, Li J2, Zhao Y2, Huang Z2, Dong H1,2, Ju F1,2. Mol Nutr Food Res. 2018 Jan;62(1). Epub 2017 Aug 29. 3. Langsjoen PH, Langsjoen AM. The clinical use of HMG CoA-reductase inhibitors and the associated depletion of coenzyme Q10. A review of animal and human publications. East Texas Medical Center and Trinity Mother Francis Health System, Tyler, TX 75701, USA. 4. Mortensen S, A. Rosenfeldt F, Kumar A, Dollinger P, Filipiak K, J., Pella D, & Littaru G P. (2014). The effect of coenzyme Q10 on morbidity and mortality in chronic heart failure: results from Q-SYMBIO: a randomized double-blind trial. JACC. Heart Failure, 2(6), 641-649. 5. Banach M, Serban C, Ursanu S. Statin therapy and plasma coenzyme Q10 concentrations: A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. 6. Policosanol: clinical pharmacology and therapeutic significance of a new lipid-lowering agent. Gouni-Berthold I, Berthold HK, Am Heart J. 2002 Feb;143(2):356-65. 7. Effect of hydrolyzed coenzyme Q10 on blood pressures and insulin resistance in hypertensive patients with coronary artery disease. Singh BB, Niaz MA, Baskop SS, Shukla PK, Thakur AS, J Hum Hypertens. 1999 Mar;13(3):203-8. 8. Protective effect of coenzyme Q10-loaded liposomes on the myocardium in rabbits with an acute experimental myocardial infarction. Verma DD1, Hantner WC, Thakur V, Lechenko TS, Torshchin VP. Pharm Res. 2007 Nov;24(11):2131-7. Epub 2007 Jul 27. 9. Coenzyme Q10 supplementation decreases statin-related mild-to-moderate muscle symptoms: a randomized clinical study. Skarvink A, Janic M, Lunder M, Turk M, Sabovic W. Med Sci Monit. 2015 Nov 6;202153-8. 10. Interactions of alfalfa plant and sprout saponins with cholesterol in vitro and in cholesterol-fed rats. Story JA, LePage SL, Petro MS, West LG, Cassidy MM, Lightfoot FG, Vahouny GV. Am J Clin Nutr. 1984 Jun;39(6):917-29. 11. A. Kalén, E. Appelkvist, G. Dallner. Високий рівень ліпідів у сироватці та в тканині серця та людини. Липиди, 24 (1989), с. 579-584. Інформаційний листок призначений для розповсюдження на медичних конференціях, симпозиумах та спеціалізованих семінарах. Інформація призначена виключно для фахівців охорони здоров'я.

Більше інформації на сайті www.boviosfarm.com.ua

в комбинации со статинами. Пациентам с высоким риском и уровнем триглицеридов 1,5-5,6 ммоль/л, несмотря на лечение статинами, следует дополнительно назначить икосапент этила или высокоочищенный эфир эйкозапентаеновой кислоты (по 2 г 2 р/сут).

Итак, вкратце алгоритм действий таков: 1) оценить общий сердечно-сосудистый риск; 2) согласно риску определить целевой уровень ХС ЛПНП; 3) совместно с пациентом принять решение о мерах снижения риска; 4) выбрать режим терапии статинами и, при необходимости, эзетимибом либо ИПКСК9. Следует отметить, что ответ на статинотерапию variabelen, поэтому перед назначением дополнительных препаратов может возникнуть потребность в титровании дозы.

Существуют ли какие-либо особенности лечения дислипидемий у пациентов с СД?

– Безусловно. Пациентам с СД 1 типа с очень высоким и высоким риском рекомендованы статины. Исключением являются доменопаузальные женщины, планирующие беременность или использующие неадекватные методы контрацепции. У этой популяции применять статины не рекомендуется.

У пациентов с СД 2 типа и очень высоким риском необходимо снизить ХС ЛПНП на ≥50% от исходного уровня и поддерживать значение этого параметра на уровне <1,4 ммоль/л. У пациентов с СД 2 типа и высоким риском необходимо снизить ХС ЛПНП на ≥50% от исходного и поддерживать на уровне <1,8 ммоль/л.

В случае недостижения целевых показателей с помощью статинотерапии ее дополняют эзетимибом. До назначения комбинированного лечения нужно рассмотреть возможность интенсификации лечения статинами.

Как правильно оценивать результаты анализа печеночных ферментов при проведении статинотерапии?

– Для оценки гепатоцеллюлярного поражения обычно используют уровень аланинаминотрансферазы (АЛТ). Незначительное ее повышение последнего наблюдается у 0,5-2% пациентов, подлежащих статинотерапии при применении высоких доз. Клинически значимым следует считать превышение референтных значений АЛТ втрое при двух последовательных измерениях. Незначительное повышение АЛТ не указывает на гепатотоксичность фармакотерапии или нарушение функции печени. Прогрессирование повышения трансаминаз до печеночной недостаточности происходит чрезвычайно редко, поэтому рутинный мониторинг АЛТ при лечении статинами более не рекомендуется. У пациентов со стеатозом незначительное повышение АЛТ при лечении статинами не указывает на их роль в каком-либо ухудшении состояния печени. Тактика ведения пациента с НАЖБП, ассоциированной с дислипидемией, представлена на рисунке.

Что известно по поводу безопасности липидснижающих препаратов при НАЖБП?

– Исследования фенофибрат выявили благоприятный эффект в отношении коррекции дислипидемии. В частности, согласно результатам гистологического исследования зафиксировано восстановление структуры печени. Однако известно, что применение фибратов ассоциируется с повышением риска развития панкреатитов. Применение омега-3-полиненасыщенных жирных кислот является безопасным и не сопровождается клинически значимыми



Рис. Ведение пациента с НАЖБП, ассоциированной с дислипидемией

межлекарственными взаимодействиями. Большинство побочных эффектов вследствие применения этих средств являются расстройствами со стороны пищеварительной системы. Безопасность эзетимиба при НАЖБП оценивалась в нескольких небольших исследованиях, и результаты оказались противоречивыми.

Какие препараты, кроме статинов и эзетимиба, могут применяться для коррекции дислипидемий?

– К таковым относится добавка диетическая на основе растительного сырья «Альфаполистатин» (ООО «Бовиос фарм», Украина) в одной капсуле которой содержится 250 мг экстракта люцерны, 60 мг коэнзима Q10 и 10 мг поликозанол. Показано, что поликозанол в дозе 10-20 мг/сут снижает концентрацию общего холестерина на 17-21%, а ХС ЛПНП – на 21-29%, одновременно повышая содержание липопротеинов высокой плотности на 8-15%. Метаанализ 22 рандомизированных контролируемых исследований, осуществленный J. Gong и соавт. (2018), выявил высокую эффективность поликозанол в лечении дислипидемии, а также его отличный профиль безопасности.

Какова роль коэнзима Q10 при дислипидемии?

– Уровень коэнзима Q10 уменьшается с возрастом, при повышении синтеза холестерина и на фоне статинотерапии. Добавление коэнзима Q10 к стандартному лечению дислипидемии статинами достоверно снижает уровни общего холестерина, ХС ЛПНП, С-реактивного белка, интерлейкина-6 и супероксиддисмутазы по сравнению с комбинированной терапией статинами и омега-3-полиненасыщенными жирными кислотами (Toth S. et al., 2017), а также предотвращает или уменьшает риск статин-ассоциированных миопатий.

Существуют ли какие-либо гепатопротекторы, способные одновременно снижать уровень атерогенных липидов?

– Да. К таким средствам относится, в частности, добавка диетическая на основе растительного сырья «Урсогепавин» (ООО «Бовиос фарм», Украина), который содержит урсодезоксихолевую кислоту (УДХК, 100 мг), силимарин (80 мг) и L-карнитин (150 мг). Эти активные вещества обеспечивают Урсогепавину такие эффекты, как гепатопротекторный (цитопротекторный), холеретический, литолитический, детоксикационный, гипохолестеринемический, иммуномодулирующий.

сердца коррелирует с повышением концентрации указанных кислот. УДХК – наиболее гидрофильная желчная кислота, поэтому улучшает периферический кровоток у пациентов с сердечной недостаточностью и защищает сердце от ишемического реперфузионного повреждения. Известно также, что УДХК уменьшает аритмогенное действие токсичной таурохолевой желчной кислоты. В многочисленных исследованиях УДХК улучшала функцию сердца у пациентов с ССЗ, что свидетельствует о перспективе применения этого препарата как возможного кардиопротекторного средства.

Какую роль играет назначение силимарина при НАЖБП?

– Расторопша, а именно ее производное силимарин, применяется в медицине более двух тысяч лет. Доказательная база включает свыше 1500 исследований, которые подтвердили благоприятное влияние силимарина на печень в контексте медикаментозных и токсических поражений. Основным механизмом гепатопротекторного действия силимарина – антиоксидантный эффект.

Таким образом, НАЖБП, как и ССЗ, тесно связана с дислипидемиями. Современные рекомендации предусматривают активную коррекцию повышенных уровней ХС ЛПНП с помощью статинов, а при их неэффективности – комбинации статинов, эзетимиба и/или ИПКСК9. Улучшить липидный профиль также помогают некоторые диетические добавки, в частности Альфаполистатин и Урсогепавин. Благоприятное влияние последнего на печень и желчевыводящую систему служит дополнительным преимуществом у пациентов с НАЖБП.

Подготовила Лариса Стрильчук





www.boviosfarm.com.ua



Урсогепавін®

Досконала формула комплексної гепатопротекції⁷

Нормалізує обмін речовин в організмі

Урсодезоксихолева кислота 100 мг

Сприяє відновленню уражених клітин печінки

Силимарин 80 мг (екстракт розторопші плямистої 100 мг)

L-карнітин 150 мг

Нормалізує біохімічні показники стану печінки



Ефект

- Холеретичний^{1,2,3}
- Детоксикаційний^{1,2,8}
- Гепатопротекторний^{1,2,7,8}
- Гіпохолестеринемічний⁵
- Імуномодулюючий^{1,2}
- Антиоксидантний^{6,8}
- Літолітичний⁴

Перед застосуванням рекомендована консультація лікаря.
Добавка дієтична на основі рослинної сировини. Без ГМО. Не є лікарським засобом. ТУ У 10.8-40917126-001:2017. Не перевищувати рекомендовану добову дозу, не слід використовувати як заміну повноцінного раціону харчування. Умови зберігання: зберігати в оригінальній упаковці в сухому, захищеному від світла і недоступному для дітей місці за температури від 4 °C до 25 °C.
На замовлення: ТОВ «Бовіос фарм», Україна, 02225, м. Київ, просп. Володимира Маяковського, буд. 21, кв.106, тел. +38 (063) 837-46-77
1. Ursodeoxycholic Acid. Ted George O. Achufusi, Navid Mahabadi, 2019. 2. Ursodeoxycholic acid in cholestasis: linking action mechanisms to therapeutic applications. / Clin Sci (Lond). 2011 Dec; Roma MG1, Toledo FD, Boaglio AC, Basiglio CL, Crocenzi FA, Sánchez Pezzi EJ. 3. Drug insight: Mechanisms and sites of action of ursodeoxycholic acid in cholestasis. / Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol. 2006 Jun;3(6):318-28. Beuers UT. 4. Medical treatment of biliary duct stones: effect of ursodeoxycholic acid administration. / Gut. 1985 Jul;24(7):609-14. / Salvatori G, Salati R, Lugli R, Zanni C. 5. Ursodeoxycholic Acid (UDCA) Exerts Anti-Atherogenic Effects by Inhibiting Endoplasmic Reticulum (ER) Stress Induced by Disturbed Flow/Mit Cells. 2015 Oct;38(10):851-8/Chung J1, Kim KH1, Lee SC1, An SH1, Kwon K1,2,6. Antioxidant properties of ursodeoxycholic acid. / Biochem Pharmacol. 2002 Dec 1;64(11):1661-7/Lapenna D1, Ciofani C, Festi D, Neri M, Pierdomenico SD, Giambardino MA, Cucurullo E. 7. Cytoprotection in the nineties: experience with ursodeoxycholic acid and silymarin in chronic liver disease. / Liver Int. 2003;13(2):181-9/Okolicsanyi L. 8. Згідно ТУ У 10.8-40917126-001:2017
Інформаційний листок призначений для розповсюдження на медичних конференціях, симпозіумах та спеціалізованих семінарах.
Інформація призначена виключно для фахівців охорони здоров'я.
Більше інформації на сайті www.boviosfarm.com.ua